Erfahrungen über die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankung desselben.

Von

A. Gusserow.

(Sonderabdruck aus Berliner klin. Wochenschrift, 1891, No. 47.)

Erfahrungen über die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankung desselben

von

A. Gusserow.

Obwohl die Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom zweifellos das Bürgerrecht unter den gynaekologischen Operationen erworben hat, obwohl auch der Vorzug dieser Operation bei krebsiger Erkrankung des unteren Uterinsegmentes vor der Amputation der Portio von den meisten Operateuren angenommen wird, obwohl endlich, was die Methode der Operation anlangt, fast allgemeine Uebereinstimmung dafür erreicht ist, dass die Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankung wenn irgend möglich per vaginam und nicht durch Laparotomie vorzunehmen sei — trotzdem also, wie es scheint, die Hauptsachen, die hier in Betracht kommen, erledigt sind — so ist doch meiner Meinung nach jeder Operateur, der über eine etwas grössere Anzahl von Fällen der genannten Operation zu verfügen hat, verpflichtet, die Resultate seiner Operationen von Zeit zu Zeit zu veröffentlichen. Besonders scheint es mir aber wichtig, diesen Gegenstand vor einem grösseren ärztlichen Publikum und nicht nur in der Fachliteratur zu besprechen, da immer noch nicht die Grenzen dessen, was wir mit der Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus leisten können und sollen, festgestellt sind, am wenigsten aber die Berechtigung und Bedeutung der Operation in die Anschauungen der Aerzte allgemein genug eingedrungen ist.

Naturgemäss haben sich anfänglich die Mittheilungen über die Totalexstirpation lange Zeit hauptsächlich mit der technischen Seite der Operation, mit der Methode der Ausführung und mit der Gefahr derselben beschäftigt und erst in der letzten Zeit ist die genauere Indikationsstellung, d. h. das Aussuchen der noch mit Nutzen zu operirenden Fälle und endlich die Frage nach der Dauer des Erfolges mehr in den Vordergrund der Diskussion getreten.

Auch die folgende Mittheilung soll wesentlich nur meine Anschauung über die Indicationsstellung zur Operation von Neuem begründen und zwar hauptsächlich auf Grund der erreichten Dauer-Erfolge, soweit dieselben sich haben feststellen lassen. Ich möchte hier gleich den Satz aufstellen und damit nicht weiter auf die Streitfrage über die Berechtigung der partiellen Exstirpation (hohe Amputation pp.) eingehen, dass nach meiner Ueberzeugung jede maligne Erkrankung des Uterus an und für sich die Totalexstirpation des Organs indicirt und die Frage nur in jedem einzelnen Fall entschieden werden muss, ob und wann dieselbe noch möglich und rationell ist. Vom rein technischen Standpunkte aus ist sehr vieles heutzutage möglich, was von einem allgemein ärztlichen Gesichtspunkte aus nicht gerechtfertigt erscheint. Nicht die Technik macht den Arzt zu einem glücklichen Operateur, sondern die auf richtige Diagnose gegründete Beurtheilung und Auswahl des einzelnen für eine Operation geeigneten Falles. Wenn auch die Mehrzahl der Gynaekologen darin übereinstimmt, dass man die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus nur dann vornehmen soll, wenn man diese Operation im gesunden Gewebe ausführen kann, so wird doch von mancher Seite diesem Satz bewusst widersprochen und noch öfter unbewusst, insofern, als immer neue Methoden ersonnen werden, um auch in Fällen, wo die Grenze des Gesunden nicht mehr aufzufinden ist, doch noch die Operation ausführbar zu machen, besonders aber insofern, als die Anschauungen über die Diagnose der Ausdehnung der Erkrankung nach weit auseinander gehen und wir bis jetzt in der That kein absolut sicheres Mittel besitzen, um die Ausdehnung der Erkrankung erkennen zu können. Meiner Auffassung nach können wir, von der Voraussetzung ausgehend, dass das Carcinom zumeist eine Localerkrankung darstellt, in all den Fällen, wo wir im Gesunden operirt zu haben glauben, wo aber nach wenig Wochen schon in der Narbe oder in der Umgebung derselben neue Erkrankung auftritt, nicht gut von einem Recidiv sprechen, sondern müssen annehmen, dass, uns unbemerkt, kleine Krebsheerde zurückgeblieben sind, die sich dann weiter entwickelt haben. Nur die Fälle dürfen wir mit einigem Recht als Recidiv der Erkrankung ansehen, wo mindestens Monate nach der Operation vergangen sind, ehe neue Erkrankungsheerde womöglich weit entfernt von dem ursprünglichen Sitz der carcinomatösen Erkrankung erschienen sind. Wenn man die gewonnenen Resultate von diesem Gesichtspunkte aus beurtheilt,

wird man zur Ueberzeugung kommen, dass wir leider noch viel häufiger schon erkranktes Gewebe zurücklassen, als es vor und während der Operation den Anschein hatte.

In dieser Beziehung wird eine Besserung der Prognose in Bezug auf die dauernde Heilung des Carcinoms nur zu erzielen sein durch möglichst frühzeitige Operation, d. h. sofort nach festgestellter Diagnose. Die Diagnose der malignen Geschwülste des Uterus, sowohl der Portio als des Corpus uteri, ist nun keineswegs so schwierig, als man meist annimmt. Es kann Schwierigkeit machen, augenblicklich die ersten Erscheinungen der malignen Erkrankung des unteren Gebärmutterabschnitts oder des Uteruskörpers mit Sicherheit als solche zu erkennen — wenn man jedoch die klinischen Erscheinungen, den Verlauf der Affection sorgfältig nur eine kurze Zeit beobachtet und eine strenge Untersuchung (sowohl makroskopisch wie mikroskopisch) vornimmt, so wird man immer in der Lage sein, rechtzeitig, d. h. zu einer Zeit, wo die Operation im Gesunden noch möglich ist, die Diagnose sicher zu stellen. Es liegt also nicht so sehr in de Schwierigkeit, die Anfangsstadien des Carcinoms zu erkennen, dass unsere Hilfe oft nicht mehr möglich ist oder zu spät kommt, sondern es liegt dies viel mehr — und das muss immer wieder und wieder, wenn auch dem Fachmann vielleicht zum Ueberdruss oft, betont werden — im richtigen oder nicht richtigen Würdigen der ersten Symptome des Gebärmutterkrebses. Die ersten Symptome dieser Erkrankung treten gewöhnlich in einer Zeit auf, wo die Diagnose keine grosse Schwierigkeiten mehr macht und wo fast ausnahmslos die operative Entfernung alles Erkrankten noch möglich ist. Diese ersten Symptome werden nun aber leider durch Schuld der Kranken und vielleicht, es muss dies immer wieder leider ausgesprochen werden, noch öfter durch Schuld des Arztes übersehen. Die Laien sind nur zu sehr gewöhnt, unregelmässige Blutungen während und nach den klimacterischen Jahren, Ausfluss, blutige Abgänge nach Berührung (z. B. Cohabitation) als unwichtig anzusehen und glauben, dass eine ernstere Erkrankung diesen Erscheinungen um so weniger zu Grunde liegen könne, als keine Schmerzen vorhanden sind. Dieser falschen Anschauung huldigen nun leider auch noch eine grosse Zahl von Aerzten, die eben übersehen, dass Schmerzen für gewöhnlich beim Carcinoma uteri, besonders aber bei dem häufigen Sitz desselben am unteren Gebärmutterabschnitte erst zu einer Zeit auftreten, wo die Krankheit auf das Beckenzellgewebe überge-

gangen ist und demnach jede operative Hilfe zu spät kommt. Erschreckend gross ist noch immer Jahr aus Jahr ein die Zahl der Fälle, die dem Spezialarzt zur ersten Beobachtung kommen, wo Aerzte monatelang Kranke, die an unregelmässigen Blutungen leiden, mit innerlichen Mitteln behandelt haben, ohne je eine Untersuchung vorgenommen zu haben und wo sich dann eine weit vorgeschrittene carcinomatöse Erkrankung vorfindet (vergl. den interessanten Aufsatz über obigen Gegenstand von Winter, diese Zeitschrift Nr. 33. 1891). Wenn ein solches Verhalten seitens der Aerzte geradezu als gewissenlos gebrandmarkt zu werden verdient, so ist eine andere Reihe von ähnlichen Fällen leider auch nicht gering, wo die Aerzte untersucht haben und die vermeintliche „Erosion“ wochen- und monatelang mit Pinselungen, Ausspülungen etc. behandelt haben und trotzdem, dass bei dieser Behandlung das lokale Uebel nicht nur nicht heilte, sondern sich immer mehr ausbreitete, doch nicht auf den Gedanken kamen, oder vielleicht nicht kommen wollten, dass es sich um maligne Erkrankung handle. So peinlich es ist, derartige Missgriffe der Aerzte öffentlich immer wieder zu erwähnen, so erscheint es mir doch immer von Neuem Pflicht des Klinikers zu sein, nicht nur durch den Unterricht der heranwachsenden ärztlichen Generation, sondern auch durch Besprechung der Fehlgriffe der Aerzte selbst darauf hinzuwirken, dass der einzige Weg, um die Krebskranken zu retten, wenigstens nicht durch Schuld des ärztlichen Standes verloren geht. Leider ist ja auch in den Fällen, wo eine operative Behandlung des Uteruskrebses ausgeführt werden kann, die Zahl der dauernden Heilungen immerhin noch eine geringe. Diese nicht wegzuleugnende Thatsache hängt nun auch mit der Frage zusammen, wann die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt werden soll. Ich habe mich stets der Meinung derjenigen angeschlossen, die die Operation sofort ausgeführt wissen wollen, sobald die maligne Erkrankung (Sarcom und Carcinom, sei es am Cervix, sei es im Corpus uteri) erkannt ist. Je geringer die Ausdehnung der Erkrankung, je leichter die Operation und je günstiger die Prognose. Wenn die Erkrankung sicht- und fühlbar auf die Umgebung (Scheide und Beckenzellgewebe) übergegriffen hat, so ist die Operation zu unterlassen — auch in den Fällen, wo sie technisch vielleicht noch ausführbar ist. In diesen Fällen ist die Operation vielleicht als operative Leistung glänzend und interessant, dem Kranken beschleunigt sie aber entweder nur das Ende oder aber die

Krankheit schreitet erfahrungsgemäss unaufhaltsam weiter. Aus diesem Grunde habe ich auch nie eine der neuerdings ersonnenen Methoden der Totalexstirpation des Uterus in Anwendung gebracht, welche es erlauben, grosse Partien des Beckenzellgewebes und der Lymphdrüsen des Beckens zu entfernen.

Wenn man den Grundsatz fast überall festgehalten findet, man solle nur im gesunden Gewebe operiren, so geht derselbe meiner Meinung nach unter Umständen zu weit und führt consequenter Weise zu immer erneuten Versuchen, die Operation in oben angedeuteter Weise auszudehnen und durch hoffnungslose Fälle zu disreditiren. Ich bin allmälig in der Auswahl der Fälle zu dem Grundsatz gekommen, nur diejenigen zu operiren, in denen die Krankheit noch nicht das Uterusparenchym überschritten hat. Selbstverständlich wird aus dem Folgenden hervorgehen, dass einmal dieser Grundsatz erst nach einer gewissen Erfahrung sich ausbildet, ist doch wohl jeder im Anfang geneigt gewesen, auch ungünstige Fälle in Angriff zu nehmen und ferner, dass es stets Fälle geben wird, in denen es zweifelhaft bleibt, ob die Erkrankung schon die Grenzen des Organs nach irgend einer Seite hin (Scheide und Beckenzellgewebe) überschritten hat und in denen man dann trotz des Zweifels operirt, um wenigstens alles zur Rettung des Kranken noch Mögliche gethan zu haben. Schwierig wird es demnach immer sein, bei der Auswahl der Operationsfälle nach diesem Grundsatz die Ausdehnung der Erkrankung sicher festzustellen. Dass ich alle Fälle von der Operation ausgeschlossen habe, in welchen sichtbar die Erkrankung auf die Vagina übergegangen und fühlbare Infiltration des Beckenzellgewebes vorhanden waren, ist selbstverständlich. Noch schwieriger ist die Entscheidung, ob geringgradige Infiltration des Zellgewebes vorhanden ist oder nicht. In dieser Beziehung ist, soweit meine Erfahrung reicht, nur die Beweglichkeit des Uterus entscheidend. Lässt sich der Uterus mit Hülfe von Kugelzangen in der bekannten Weise nach abwärts, womöglich bis in die Vulva, dislociren, so kann man annehmen, dass wenigstens grob anatomisch die Krankheit noch auf das Uterusparenchym beschränkt ist, ist die Beweglichkeit erheblich vermindert, fühlt man sogar beim stärkeren Anziehen Stränge oder sich spannende Resistenzen, so sind diese um so sicherer als maligne Erkrankungsheerde anzunehmen, je mehr sie im eigentlichen Beckenzellgewebe und nicht im Cavum Douglasii sitzen und je unelastischer sie sich zeigen. Ich bin mehr und mehr bei zunehmender Er-

fahrung dazu gekommen, alle diejenigen Fälle für ungeeignet zur Operation anzusehen, in denen die Beweglichkeit des Uterus einigermassen beschränkt ist und wenn bei diesem Princip auch ein oder der andere Fall unoperirt bleibt, in dem die beschränkte Beweglichkeit durch perimetritische Adhaesionen und nicht durch carcinomatöse Infiltration bedingt war, so ist dies gewiss beklagenswerth, aber ist so lange nicht zu vermeiden, als wir keine besseren diagnostischen Hilfsmittel besitzen, um diese Zustände mit Sicherheit zu unterscheiden. Wenn man dagegen aus einem gewiss lobenswerthen humanen Gefühl alle diese zweifelhaften Fälle operirt, wird es nie möglich sein, ein einigermassen sicheres, abschliessendes Urtheil über den wirklichen Werth der Totalexstirpation des Uterus bei maligner Erkrankung zu gewinnen. Dass die Untersuchung der Beweglichkeit des Uterus in Chloroformnarcose vorgenommen werden soll, erachte ich für selbstverständlich, ebenso dass man auf die Straffheit der Scheidenwand dabei Rücksicht nehmen muss. Oft genug ist die Beweglichkeit des Uterus nach unten nur durch Enge und Festigkeit der Vagina bedingt, wie sie bei Nulliparis besonders bei gleichzeitiger seniler Atrophie nicht selten ist; dieser Zustand erschwert ja allerdings die vaginale Totalexstirpation des Uterus sehr erheblich, kann aber nicht als eine Contraindication gegen dieselbe aufgefasst werden.

Je strenger nun bei Auswahl der Operationsfälle nach diesem Grundsatz allmälig immer mehr verfahren wurde, um so erklärlicher ist es, dass die Zahl der von mir operirten Fälle im Vergleich mit anderen Operateuren verhältnissmässig klein ist, wobei noch in Betracht zu ziehen ist, dass mein klinisches Material von der Charité, d. h. einem allgemeinen grossen Krankenhaus, geliefert wird, in welches die Mehrzahl der Carcinomfälle schon in einen unoperativen Zustand eintreten.

Es sind vom 1. April 1882—1891 im Ganzen ungefähr [1]) 1350 Fälle von Carcinom und Sarcom von mir behandelt worden. Von diesen wurde die vaginale Totalexstirpation des Uterus in 67 Fällen, die Entfernung des Uterus nach Breisky-Freund

1) Die genaue Zahl lässt sich nicht ganz leicht feststellen, da die Fälle aus der Klinik und Poliklinik sowohl wie der Privatpraxis stammen und daher einige Fälle, die aus der Poliklinik in die Klinik aufgenommen wurden, vielleicht doppelt gezählt sind, während aus der Privatpraxis nicht alle inoperablen Fälle, bei denen ich vielleicht einmal consultirt war, genau notirt sind.

in 4 Fällen vorgenommen. Die Exstirpation des Uterus durch Laparotomie, nachdem vorher die Scheidengewölbe von der Vagina aus eröffnet sind (Breisky-Freund), halte ich nur in den seltensten Ausnahmefällen für gerechtfertigt und suche sie, wenn irgend möglich zu vermeiden. Es handelte sich in 3 dieser Fälle um Complication von Carcinom der Portio, theils (2 mal) mit grossen Uterusmyomen und theils mit (1 mal) Tubarsäcken. Alle 3 Fälle starben, woraus wiederum die grosse Gefahrlichkeit dieses Verfahrens hervorgeht. In dem vierten Fall handelte es sich um ein ungewöhnlich grosses Corpuscarcinom bei sehr enger Scheide, dessen Entfernung mir per vaginam nicht gelang und wo ich gezwungen war, wegen profuser Blutung aus dem verletzten Uterus schleunigst die Laparotomie vorzunehmen. Die Kranke genas und ist wohl als dauernd genesen zu betrachten, denn die Operation fand im Juni 1884 statt und im Oktober 1890 (also nach 5 Jahren und 4 Monaten!) habe ich die Kranke noch vollkommen gesund gesehen und durch genaue Untersuchung frei von jedem Recidiv gefunden.

Im Folgenden werde ich nun über die 67 vaginalen Totalexstirpationen berichten, die alle, bis auf drei, die von den Aerzten der Klinik in meiner Abwesenheit gemacht sind, von mir ausgeführt worden sind. Von diesen starben nach der Operation an Sepsis (an Blutung oder anderweitigen Zufällen habe ich keine Kranke verloren) 7 — demnach eine Mortalität von 10,4% [2]). Ueber das Schicksal der 60 Genesenen Aufschluss zu erhalten war nicht leicht und verdanke ich es den Bemühungen des Herrn Dr. Nagel dass es mir gelungen ist, wenigstens über eine grössere Zahl der Operirten Nachricht zu bekommen. Von den 60 Genesenen müssen zunächst 10 in Abzug gebracht werden, die zwar gesund und recidivfrei sind, bei denen die Exstirpation uteri aber erst vor so kurzer Zeit (innerhalb 6 Monaten) stattgefunden hat, dass daraus keine Schlüsse für den Werth der Operation erlaubt sind. Von den so übrig bleibenden 50 Operirten waren zur Zeit, wo ich die letzten Nachrichten über dieselben erhielt,

---

2) Wenn ich zwei Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus wegen Prolapsus uteri hinzuzähle, die genesen, so wäre die Mortalität 10,1. Um eine Vorstellung von der Gefährlichkeit der vaginalen Totalexstirpation des Uterus zu geben, ist es wohl erlaubt diese Fälle mitanzuführen. Prinzipiell bin ich gegen die Richtigkeit der Uterusexstirpation wegen Prolapsus und kann dieselbe nur ganz ausnahmsweise als berechtigt ansehen.

16 lebend und gesund, frei von Recidiv
12 waren gestorben und zwar 11 an Revidiv und 1 an Pyelonephritis in Zusammenhang mit der Operation.
11 waren noch lebend, hatten aber schon Recidive.
11 waren unauffindbar.

Von den 16 Lebenden welche bei der letzten Untersuchung resp. Nachricht vollkommen gesund waren, kann 1 jedenfalls als vollkommen geheilt betrachtet werden, da bereits 8 Jahre nach der Operation verflossen sind. Bei 1 ist nach $4^1/_2$ Jahr noch kein Recidiv aufgetreten. Bei 2 ist die Operation vor 3 Jahr resp. 3 Jahr 2 Monate vorgenommen [hierher muss ausserdem auch die Frau J. gerechnet werden, die ich unter die 12 Verstorbenen angeführt habe, denn dieselbe ist 3 Jahr nach der Operation an Pyelonephritis gestorben ohne ein Recidiv gehabt zu haben vergl. Charité Annal. 1890].

5 Operirte waren noch nach 2 Jahren resp. 2 Jahr und 3 Monaten vollkommen gesund. 6 nach 1—1 Jahr 7 Monaten. 1 nach 8 Monaten.

Was die 12 nach der Genesung von der Operation später Gestorbenen anlangt, so ist 1 (s. oben) nicht an Recidiv gestorben; die 11 anderen sind sämmtlich an Carcinom zu Grund gegangen, so weit sich feststellen liess, meistens an Carcinom des Beckenzellgewebes. 4 dieser Kranken sind 1—1 Jahr 5 Monate nach der Operation gestorben, nachdem sie längere Zeit gesund und recidivfrei gewesen waren (1 davon 1 Jahr lang, ein 2. fast 1 Jahr lang), die Uebrigen 7 sind 4—7 Monate nach der Operation an Carcinom (einmal Carcinom d. Ovarien) zu Grunde gegangen. Je kürzer der Zwischenraum zwischen der Operation und dem „Recidiv“ im Beckenzellgewebe, je mehr hat man wohl Grund anzunehmen, dass es sich nicht um ein wirkliches Recidiv gehandelt hat, sondern einfach um Weiterentwickelung kleiner, makroscopisch nicht wahrnehmbarer Reste von Carcinommassen, die bei der Operation nicht entfernt wurden; eine Anschauung, die auch darauf hinweist, so früh wie irgend möglich zu operiren. Das Gleiche dürfte wohl auch aus denjenigen 11 Recidivfällen hervorgehen die bei der zuletzt stattgehabten Untersuchnng noch am Leben waren. Von diesen sind 9 innerhalb 2—9 Monate nach der Operation wieder carcinomatös erkrankt und zwar trat 8 mal die Erkrankung in der Narbe oder im Beckenzellgewebe auf, es handelte sich also wohl nicht um Recidive im strengen Sinn. Einmal traten $2^1/_2$ Monat nach Entfernung des Uterus wegen Sarcom

des Uteruskörpers Sarcomknoten in der Vulva und dem unteren Abschnitte der Vagina auf.

Eine Operirte blieb 1 Jahr und 5 Monate frei von jeder Affection, bekam aber dann ein Recidiv im Beckenzellgewebe, welches bei der letzten Untersuchung schon 9 Monate bestand, bei einer anderen trat 1 Jahr nach der Operation ein Krebsknoten in der Scheidenwand auf, derselbe wurde entfernt, es zeigte sich aber 3—4 Monate später eine Infiltration des Beckenzellgewebes.

Unter den von mir eben beschriebenen 67 vaginalen Totalexstirpationen des Uterus befanden sich 12 Fälle von maligner Erkrankung des Corpus uteri, davon waren 9 ausgesprochene Carcinome der Schleimhaut des Corpus uteri und 3 Sarcome des Uteruskörpers. Von diesen 12 Fällen starben 2 nach der Operation an Sepsis. Von den 10 Ueberlebenden fehlen von 3 weitere Nachrichten, 1 Kranke ist 3 Jahre nach der Operation an Pyelonephritis gestorben ohne ein Recidiv bekommen zu haben (s. oben), 1 hat wenige Monate nach der Operation Sarcomknoten an der Vulva bekommen, 1 Kranke ist erst vor 5 Monaten operirt. Die 4 übrigen Genesenen sind noch vollkommen gesund und zwar seit 3 Jahren, 2 Jahren 7 Monat, 2 Jahren 6 Monat und 2 Jahr 2 Monat.

Es liegt nicht in der Absicht dieser kleinen Mittheilung auf das operativ Technische, auf die ev. Schwierigkeit und Verschiedenheit der Operation einzugehen, um so weniger als ich darüber nicht besonders Neues oder Abweichendes mitzutheilen hätte. Mir lag nur daran, an einer wenn auch nur kleinen Operationserfahrung von Neuem zu zeigen, ein wie grosser Segen in der rechtzeitigen Entfernung des ganzen Uterus bei maligner Erkrankung desselben liegt. Denn wenn die Zahl der Genesenen und besonders derjenigen, die wir als dauernd genesen betrachten können, auch leider immer noch eine geringe ist, so dürfen wir doch dabei nicht vergessen, dass es sich um Heilung einer bisher für absolut unheilbar gehaltenen Erkrankung handelt, der eine ungemein grosse Zahl Frauen unter unsäglichen Qualen Jahr aus Jahr ein zum Opfer fällt.

Bessere Resultate als die bisher erzielten sind nur dadurch zu gewinnen, dass man so früh wie möglich in jedem Fall operirt und dies liegt, wie auseinandergesetzt, lediglich in den Händen der practischen Aerzte, welche einmal von der Bedeutung der Totalexstirpationen des Uterus überzeugt sein müssen, vor allen

Dingen aber die beginnende Erkrankung erkennen müssen, oder wenigstens jede Frau, die an unregelmässiger Blutung leidet auf's sorgfältigste untersuchen sollten.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.